

обнаруживало острый воспалительный процесс с очаговыми поражениями органа. В таких случаях наблюдали интенсивную десквамацию эпителия, иногда эти клетки приобретали кубовидную форму. Ворсины уменьшались в размерах, их строма оказывалась полнокровной, отечной, с очагами выраженной лимфоидной инфильтрации. Значительное число лимфоцитов мигрировало в эпителиальный слой.

#### **Заключение**

В развитии патогенетического сценария энтерального вирусного гепатита А (ВГА) ведущую роль играют токсический и иммунопатологический факторы. Собственно патологический процесс протекает с умеренной тенденцией к генерализации, на фоне чего появляются выраженные повреждения клеток мезенхимального / энтодермального происхождения (гепатоциты, энтерорциты, эндотелиоциты, ретикулоциты). Их степень и глубина существенно отличаются и варьируют от некротических и некробиотических сдвигов в печени до воспалительных — в толстой кишке.

#### **ЛИТЕРАТУРА**

1. *Учайкин, В. Ф.* Инфекционная гепатология: рук-во для врачей / В. Ф. Учайкин, Т. В. Чередниченко, А. В. Смирнов // М.: ГЭОТАР-Медиа, 2012. — 640 с.
2. *Михайлов, М. И.* Энтеральные вирусные гепатиты (этиология, эпидемиология, диагностика, профилактика) / М. И. Михайлов, И. В. Шахгильдян, Г. Г. Онищенко. — М.: ВУНМЦ Росздрава, 2007. — 349 с.
3. *Малый, В. П.* Вирусные гепатиты энтеральные: монография / В. П. Малый. — Харьков, 2014. — 237 с.
4. *Кареткина, Г. И.* Вирусный гепатит А в прошлом, настоящем и будущем / Г. И. Кареткина // Инфекционные болезни. — 2014. — № 3. — С. 38–48.
5. Host interactions, molecular epidemiology and evolution / Vaughen Giberto [et al.] // Ann. Epidemiol. — 2001. — Vol 12, № 7. — P. 224.

**УДК 616-002.5+616.24-002**

### **К ВОПРОСУ О ДИФФЕРЕНЦИАЛЬНОЙ ДИАГНОСТИКЕ ТУБЕРКУЛЕЗА ЛЕГКИХ И ПНЕВМОНИИ**

***Буйневич И. В.<sup>1</sup>, Сверх Ж. Е.<sup>1</sup>, Зосимова В. С.<sup>2</sup>, Перловская Д. Ф.<sup>2</sup>***

**<sup>1</sup>Учреждение образования**

**«Гомельский государственный медицинский университет»,**

**<sup>2</sup>Учреждение**

**«Гомельская областная туберкулезная клиническая больница»**

**г. Гомель, Республика Беларусь**

#### **Введение**

При выявлении очаговых и инфильтративных изменений на рентгенограмме в дифференциально-диагностический ряд включается туберкулез, пневмония, опухолевые процессы. Несмотря на высокий уровень диагностических возможностей, проблема дифференциальной диагностики туберкулеза и пневмонии остается актуальной [2]. По данным российских авторов (2000 г.) ошибки при дифференциальной диагностике пневмоний от других воспалительных заболеваний легких составляют более 30 % случаев. При выявлении синдрома инфильтрации легкого частота гипердиагностики туберкулеза колеблется от 14 до 58 % [1].

Многие случаи туберкулеза выявляются при обращении пациента к терапевту, пульмонологу, инфекционисту, но не к фтизиатру. В организациях здравоохранения первичной медицинской помощи только у 20 % пациентов с туберкулезом легких заболевание диагностируют в первые 2–3 недели, а у остальных 80 % — в сроки от 1 до 3 месяцев [1, 2].

При этом несвоевременно выявленный туберкулез — это поздняя изоляция эпидемически опасного пациента, инфицирование окружающих, лечение (иногда в течение нескольких недель) антимикробными лекарственными средствами, используемыми фтизиатрами, что может приводить к формированию лекарственной устойчивости микобактерий, увеличение сроков лечения и реабилитации пациентов. При поздней диагностике пневмонии, а правильное при гипердиагностике туберкулеза, мы имеем дело с проведением агрессивной химиотерапии, формированием обширных остаточных изменений, и, наконец, трансмиссией туберкулеза во время пребывания пациента в стационаре.

Выявление и диагностика бациллярного туберкулеза не представляет существенных трудностей, так как с помощью микробиологических методов удается обнаружить специфического возбудителя.

Необходимость дифференциальной диагностики возникает, когда имеет место атипичное проявление заболевания, полученные результаты обследования характерны для нескольких альтернативных заболеваний, имеется сочетание нескольких заболеваний бронхолегочной системы туберкулезной и нетуберкулезной природы, допущена неправильная трактовка результатов обследования, отсутствует адекватный ответ на лечение [3].

### **Цель**

Сравнительный анализ анамнестических и клинических проявлений при диагностике туберкулеза легких и пневмонии у пациентов с инфильтративными изменениями в легких.

### **Материал и методы исследования**

Проанализированы истории болезни пациентов, лечившихся в Гомельской областной туберкулезной клинической больнице в период с 2014 по 2016 гг. В 1-ю группу были включены пациенты пульмонологического отделения, которым в последующем был установлен диагноз туберкулеза (40 человек). Пациенты фтизиатического отделения, переведенные в пульмонологическое отделение, составили 2-ю группу (23 человека). Возраст пациентов 1-й группы составил  $54,02 \pm 19,4$  лет, 2-й группы —  $50,26 \pm 16,4$  лет (статистические различия отсутствуют,  $p > 0,05$ ). В обеих группах преобладали женщины: в 1-й группе было 15 мужчин и 24 женщины, во 2-й группе — 7 и 16 соответственно. Городские жители также преобладали: в 1-й группе — 24 человек, во 2-й группе — 19.

### **Результаты исследования и их обсуждение**

При госпитализации острое и подострое начало заболевания отмечалось у 32 (75 %) пациентов 1-й группы и 17 (73,8 %) пациентов 2-й группы. Пациенты 1-й группы несколько чаще предъявляли жалобы на кашель (32 (80 %) человека), выделение мокроты (29 (72,5 %)), одышку (19 (47,5 %)), боль в грудной клетке (15 (37,5 %)). Во 2-й группе кашель и выделение мокроты наблюдались у 12 (52,1 %) пациентов, одышка — у 10 (43,5 %), боль в грудной клетке — у 1 (4 %). Многие пациенты обследовались и лечились в поликлиниках по несколько недель. При этом длительность жалоб у пациентов 1-й группы составила  $41,07 \pm 36$  дней, у пациентов 2-й группы —  $73,31 \pm 69,68$  дней.

Туберкулезный анамнез нередко становится основополагающим фактором при определении тактики ведения пациента и выборе места лечения. Во 2-й группе ранее болели туберкулезом 6 (26,1%) пациентов и 1 не проходил РФО более 7 лет. В 1-й группе туберкулез в анамнезе был у 2 (5 %). Это были пожилые женщины (86 и 88 лет), которые перенесли туберкулез в детском возрасте, имели множественную сопутствующую патологию.

Наличие контакта с больным туберкулезом установлено у 2-х пациентов 1-й группы и у 2-х пациентов 2-й группы ( $\chi^2 = 0,31$ ,  $p > 0,05$ ). Курили 20 человек 1-й группы и 18 человек 2-й группы ( $\chi^2 = 4,4$ ,  $p < 0,05$ ). Злоупотребляли алкоголем 18 пациентов 1-й группы и 12 из 2-й группы ( $\chi^2 = 0,21$ ,  $p > 0,05$ ).

Нехарактерная для туберкулеза нижнедолевая локализация процесса наблюдалась у 7 (17,5 %) пациентов 1-й группы. Напротив, поражение верхней доли, более характерное для туберкулеза, обнаружено у 12 (52,1 %) пациентов 2-й группы. Двусторонняя локализация процесса выявлена у 12 пациентов 1-й группы и у 10 во 2-й группе ( $\chi^2 = 4,74$ ,  $p < 0,05$ ). Поражение внутригрудных лимфатических узлов наблюдалось у 9 пациентов 1-й группы и у 7 во 2-й группе ( $\chi^2 = 0,48$ ,  $p > 0,05$ ).

Обнаружение микобактерий является достоверным критерием туберкулеза. В 1-й группе у 27 пациентов выявлены в мокроте МБТ. Для этого потребовалось от 5 до 23 дней ( $10,83 \pm 5,56$ ). Во 2-й группе только в 2-х случаях выявлены нетуберкулезные микобактерии.

Средний срок постановки диагноза в стационаре составил  $13,03 \pm 7,35$  дней в 1-й группе и  $14,2 \pm 11,14$  дней во 2-й группе ( $p = 1$ ).

## **Заключение**

Таким образом, комплексная оценка особенностей анамнеза, клинических проявлений заболевания, данных рентгенологического и лабораторного исследования не всегда позволяет установить этиологию заболевания легких, но должна дать возможность врачу построить дифференциально-диагностический ряд и определить перечень диагностических мероприятий.

## **ЛИТЕРАТУРА**

1. Дейкина, О. Н. Проблемы дифференциальной диагностики внебольничной пневмонии и туберкулеза легких в общесоматическом стационаре / О. Н. Дейкина, В. Ю. Мишин, А. Г. Малявин // Туберкулез и болезни легких. — 2011. — № 4. — С. 122–123.
2. Кривонос, П. С. Дифференциальная диагностика легких и пневмоний в амбулаторных условиях / П. С. Кривонос, В. Л. Крыжановский // Мед. панорама. — 2010. — № 12. — С. 39–40.
3. Ноников, В. Е. Внебольничные пневмонии: дифференциальная диагностика с туберкулезом легких и антибактериальная терапия / В. Е. Ноников, Г. В. Щербакова // Клиническая фармакология и терапия. — 2013. — № 5. — С. 11–15.

**УДК [616-003.24-018.1:616.441-006]**

## **ХАРАКТЕРИСТИКА КЛЕТОЧНОГО СОСТАВА ЛИМФОИДНЫХ ИНФИЛЬТРАТОВ В УЗЛОВЫХ ОБРАЗОВАНИЯХ ЩИТОВИДНОЙ ЖЕЛЕЗЫ**

*Бутолина К. М.<sup>1</sup>, Ляликов С. А.<sup>1</sup>, Басинский В. А.<sup>1</sup>,  
Штабинская Т. Т.<sup>1</sup>, Маршалэк А.<sup>2</sup>*

<sup>1</sup>Учреждение образования

**Гродненский государственный медицинский университет**

**г. Гродно, Республика Беларусь,**

<sup>2</sup>Университет имени Н. Коперника

**г. Торунь, Польша**

## **Введение**

Узловые образования щитовидной железы (ЩЖ) представляют гетерогенную группу патологических процессов. Они клинически выявляются у 5 % женщин и 1 % мужчин в эндемичных по йоду регионах и у 7–30 % пациентов, живущих в йод дефицитных областях [1] и в последние десятилетия большинство авторов отмечают увеличение их частоты [2]. Клиническая значимость узловых образований ЩЖ заключается в высоком потенциале онкологической опасности и необходимости исключать рак ЩЖ, а также на диагностике и определении риска развития аутоиммунного тиреоидита или функциональной автономии ЩЖ и тиреотоксикоза, особенно в регионах с сохраняющимся дефицитом йода [3].

Иммунные реакции принимают участие в развитии диффузных и узловых гиперплазий и неопластических процессов в ЩЖ, что проявляется лимфоидной инфильтрацией (ЛИ) стромы ЩЖ. Изучение особенностей ЛИ в ткани ЩЖ при разных формах тиреопатологии с иммуногистохимическим определением фенотипа лимфоцитов, их количественной характеристикой в инфильтрате представляет интерес в отношении раскрытия их роли в морфогенезе узлов и клиническом прогнозе заболевания.

## **Цель**

Дать характеристику фенотипа лимфоцитов в лимфоидных инфильтратах ткани ЩЖ и узловых образованиях ЩЖ различного генеза.

## **Материал и методы исследования**

Исследовался операционный материал 112 щитовидных желез женщин в возрасте от 17 до 80 лет с разными формами тиреопатологии. Из них было 25 случаев тиреотоксического зоба (ДТЗ) (1 группа), 32 случая рака щитовидной железы (РЩЖ) (2 группа), 26 случаев аутоиммунного тиреоидита (АИТ) (3 группа), 29 случаев узлового эутиреоидного зоба (ЭУЗ) (4 группа).

Иммуногистохимическое (ИГХ) исследование выполнено на парафиновых срезах с использованием мышинных моноклональных антител к антигенам CD3, CD4, CD1a, CD23, CD25, CD8 (фирма «Дакко», Дания). Позитивным критерием оценки реакции с антителами считали светло-коричневое и коричневое мембранное окрашивание лимфоцитов.